

Клинико-социальные особенности и агрессивное поведение пациентов при длительных сроках исполнения принудительных мер медицинского характера

Макушкина О.А.¹, Буравцов К.А.¹, Дурнева М.Ю.²

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва,

² ГКУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме. Представлены результаты исследования, направленного на изучение клинико-социальных характеристик и особенностей агрессивного поведения пациентов, длительно находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Установлено, что к факторам, оказывающим влияние на продолжительность исполнения принудительных мер медицинского характера, относятся: частые экзacerbации болезненного процесса; сохраняющиеся агрессивные тенденции в поведении; отсутствие приверженности лечению; выраженная трудовая и семейная дезадаптация, жилищная неустроенность; необходимость постороннего ухода, беспомощность по психическому состоянию при отсутствии родственных связей. Тест руки Вагнера может использоваться в качестве дополнительного диагностического инструмента оценки агрессивности у лиц, находящихся на принудительном лечении, с целью определения потенциального риска внутрибольничной агрессии и при подготовке к выписке.

Определена актуальность проработки механизмов социальной, медицинской поддержки пациентов, беспомощных по психическому состоянию, утративших жилье и родственные связи, и дальнейшего перевода таких лиц в систему социальной защиты. При этом предусмотренная федеральным законодательством служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, может стать активным механизмом в реализации их законных интересов.

Ключевые слова: психические расстройства, общественная опасность, социальная и медицинская проблема, принудительное лечение, профилактика опасного поведения, агрессивность, клинико-социальные характеристики, тест руки.

Clinical and social characteristics and aggressive behavior of patients with long term of execution of compulsory measures of a medical nature

Makushkina O.A.¹, Buravtsov K.A.¹, Durneva M.Yu.²

¹ Federal state budgetary institution «Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology name V.P. Serbsky» of the Russian Ministry of Health,

² «Psychiatric hospital №5» Health Department, Moscow

Summary. Presents the results of research aimed at studying clinical and social characteristics and peculiarities of aggressive behavior of patients who are on long-term compulsory treatment in a psychiatric hospital.

It is established that the factors that influence the duration of the execution of compulsory medical measures are: frequent exacerbations of the disease process; the continued aggressive behaviour; lack of adherence to treatment; severe employment and family maladjustment, housing insecurity; the need for nursing care, helplessness mental state in the absence of family ties. Test the hands of Wagner can be used as an additional diagnostic tool in the assessment of aggressiveness in individuals undergoing compulsory treatment, to determine the potential risk of nosocomial aggression and in preparation for discharge.

Actuality of elaboration of mechanisms of social and medical support for patients, helpless mental state, the loss of housing and family ties, and to further transfer such persons to the social protection system. While under Federal law, service of protection of the rights of patients in psychiatric hospitals, can become an active mechanism in the realization of their legitimate interests.

Key words: mental disorder, danger to the public, social and medical problem, forced treatment, prevention of dangerous behavior, aggressiveness, clinical and social characteristics, test hands.

Общественная опасность психически больных оказывает влияние на состояние общественного здоровья и социальное благополучие общества в целом [2, 1, 6, 7, 17]. Совершенные лицами с психическими расстройствами опас-

ных действий, особенно, если причиняется физический вред другим людям, всегда привлекает внимание средств массовой информации и становится предметом общественного обсуждения. Такие случаи нередко рассматриваются как один из

показателей невысокой эффективности деятельности психиатрической службы, к компетенции которой относят их предупреждение [8, 12, 14].

Количество больных с повторными общественно опасными действиями (ООД) остается стабильным на протяжении ряда лет и составляет примерно 30% от числа поступающих на принудительное лечение (ПЛ). Столь большую распространенность рецидива опасного поведения психически больных исследователи связывают, с одной стороны, с несовершенством и недостаточностью мер вторичной профилактики, с другой, указывают на дефекты оценки потенциальной общественной опасности при прекращении ПЛ, изменение клинко-социальных характеристик психически больных, совершающих опасные действия, что требует соответствующего пересмотра системы их профилактики [5, 11, 13, 15]. Важное значение при этом придается качеству исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), их продолжительности.

В последние годы в нашей стране прослеживается выраженная тенденция удлинения сроков пребывания больных на ПЛ. Длительная госпитализация является значительной финансовой нагрузкой на здравоохранение [18], может способствовать госпитализму и усилению социальной дезадаптации пациентов. Ее целесообразность во всех случаях должна быть обоснована сохранением общественной опасности больного вследствие имеющегося у него психического расстройства, что является требованием уголовного законодательства.

Многими исследователями подчеркивается значимость выделения агрессивности в качестве маркера потенциального риска опасного поведения для повышения эффективности медико-реабилитационных мероприятий [4, 10], необходимость его учета при принятии решения об отмене либо продлении ПММХ. Несмотря на то, что зарубежные авторы [19] отмечают отсутствие выраженной агрессивности у большинства пациентов, длительно находящихся на принудительном лечении, часть из них переводится в палаты интенсивной терапии вследствие проявления агрессии на протяжении длительного периода нахождения на ПЛ.

Агрессивность как личностная черта относится к категории психических явлений, а ее оценка вызывает ряд затруднений в силу сложности объективного измерения [4, 16]. Психометрические тесты оценки агрессивности, широко применяемые в психологии (шкала враждебности Кука-Медлей, опросник уровня агрессивности Басса-Перри, тест описания поведения К. Томаса и др.), в условиях принудительного лечения довольно часто оказываются неэффективными по ряду причин: возможности диссимулятивного поведения, отсутствия критических способностей, эмоционально-волевого дефекта, интеллектуального снижения больных.

С целью обнаружения скрытых агрессивных тенденций, которые пациенты зачастую «прячут»

под социально желательные ответы на вопросы теста, применяются проективные методы исследования. Использование проективных методик в диагностике требует от психолога высокого уровня профессионализма [3], однако может быть полезно для оценки уровня потенциальной агрессивности пациентов и прогноза риска их общественной опасности.

Постановка проблемы исследования. Анализ зарубежных и отечественных работ, посвященных изучению факторов, приводящих к совершению повторных ООД, демонстрирует актуальность выбранной проблемы исследования. В рамках данной работы уделяется внимание анализу клинко-социальных характеристик пациентов, длительно находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Кроме того, в фокусе нашего внимания лежит изучение особенностей агрессивного поведения таких больных.

Целью настоящего исследования являлось выявление клинко-социальных характеристик пациентов, длительно находящихся на стационарном принудительном лечении, и особенностей их агрессивного поведения.

Материал и методы

Использован метод сплошного отбора, критериями включения больных в исследование являлись: верифицированный диагноз психического расстройства; решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости на момент совершения ООД; длительная (более 10 лет) пролонгация принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Обследовано 152 пациента.

Применялись клинко-психопатологический, патопсихологический и клинко-статистический методы. Данные клинического исследования дополнялись результатами оценки психопатологической симптоматики с использованием Шкалы позитивной и негативной симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale—PANSS, разработанная в 1986 г. Stanley Kay, Lewis Opler, Abraham Fiszbein), а также Шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, разработана А.Т. Беком и его коллегами в 1961 году).

В качестве диагностического инструментария оценки агрессивности была выбрана проективная методика «тест руки Вагнера». Тест руки впервые был опубликован в 1962 году Э. Вагнером, в нашей стране адаптирован Т.Н. Курбатовой [9]. В ходе выполнения теста испытуемому в качестве визуальных стимулов предлагаются изображения руки, которые он должен проинтерпретировать в содержательно-действенном контексте. При обработке результатов каждый ответ относят к одной из 11 шкал, три из которых имеют прямое отношение к оценке агрессивного поведения: «Агрессия»; «Указание»; «Страх». Ответы по трем другим шкалам отражают особенности установок, направленных на социальное взаимодействие испытуемого: «Эмоциональность»; «Коммуникация»; «Зависимость». Шкалы «Описание», «Ак-

тивная безличность» и «Пассивная безличность» связаны с оценкой уровня общей активности; а ответы по шкалам «Увечность» и «Демонстративность» — с патохарактерологическими личностными особенностями. Кроме качественного анализа агрессивных установок личности, заключающегося в описании доминирующих видов агрессивного поведения, вычисляется суммарный индекс агрессивности, который затем сравнивается с тестовыми нормами.

Верификация результатов исследования осуществлялась с помощью обработки данных в электронных математико-статистических пакетах «EXEL 2013», «STATISTIKA 6,0», «AtteStat» с использованием параметрических и непараметрических методик. Оценка одномерных количественных показателей проводилась путем вычисления средних и дисперсий. Для статистической оценки данных в работе применялся корреляционный (коэффициент корреляции Спирмена) и дисперсионный анализ (ANOVA). В настоящей публикации представлена часть материала исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 152 обследованных больных мужского пола было 90,8% (138 человек), женщин — 9,2% (14 человек). Продолжительность их принудительного лечения в стационаре составила $20,8 \pm 8,4$ лет, что в разы превышает аналогичный средний показатель по РФ (754,5 к/дня в 2015 г.).

В процессе исследования установлено, что значительное количество обследованных (39,5%) имели наследственную отягощенность психическими заболеваниями: в 18,4% случаях алкоголизмом, в 16,4% — шизофренией. У 21,0% больных выявлены перенесенные пренатальные и перинатальные вредности и осложнения. Определена высокая распространенность патологии раннего периода развития (34,9%), при этом наиболее часто (15,8%) встречались признаки когнитивного дизонтогенеза в виде задержки речевого развития. Психопатологически отягощенная наследственность, большое количество осложнений пре- и перинатального периодов, патология развития в раннем возрасте оказали влияние на формирование личности больных. Травмирующим фактором являлось также физическое насилие, перенесенное в детском возрасте, которому подвергались более половины (51,4%) обследованных, из них 30,3% неоднократно, 12,5% — систематически.

У преимущественного большинства больных отмечались нарушения поведения и социализации в детском и подростковом возрастах: 31,6% были замкнуты и не общительны, 34,2% — конфликтовали с окружающими. Только 27,6% пациентов имели гармоничный преморбидный склад личности. Распространенными являлись астенический (19,7%), возбудимый (16,4%) и эмоционально неустойчивый (9,9%) варианты структуры личности в преморбиде.

Обследованных больных отличал низкий образовательный уровень (у 44,1% было неполное

среднее образование) и нарушение трудовой адаптации. Большинство пациентов перед совершением ООД не имели места работы. Так, не работали и не пытались трудоустроиться 41,4%, не могли устроиться на желаемую должность из-за наличия у них психического заболевания 30,9%, еще 7,2% не могли устроиться на работу из-за имеющейся судимости, 5,9% не удерживались на одном месте. Работали лишь 14,6% больных. Отсутствие занятости определяло материальную и жилищную необеспеченность обследованных — каждый десятый из них (9,9%) был без постоянного места жительства, преимущественное большинство не имели средств для обеспечения основных жизненных потребностей.

Установлена выраженная семейная дезадаптация пациентов: у 84,2% обследованных в период совершения ООД отсутствовала собственная семья, у 5,9% были конфликтные семейные отношения, у 5,3% — враждебные, у 4,6% — эмоционально холодные. За длительный период исполнения ПММХ произошло увеличение (до 93,4%) числа больных, не имеющих семьи. Взаимоотношения супругов практически прекратились, с детьми — были крайне формальными. Отсутствие поддержки супруги(а) и детей у большинства пациентов свидетельствует о низком реабилитационном потенциале, что в сочетании со сложными родственными взаимоотношениями является неблагоприятным прогностическим критерием совершения нового ООД после выписки из стационара.

В нозологическом плане среди лиц с длительными сроками принудительного лечения преобладали больные шизофренией (75,0%), 17,1% пациентов страдали органическим психическим расстройством, 6,6% — выставленным диагнозом умственной отсталости, у 1 больного (0,7%) диагностировано психическое расстройство вследствие употребления алкоголя и 1 (0,7%) — расстройство личности в связи с эпилепсией. Шизофрения в 70,2% случаев имела непрерывный тип течения, в 22,8% — эпизодический с нарастающим дефектом, в 6,1% — эпизодический со стабильным дефектом.

Большинство обследованных (84,2%) к периоду совершения ООД уже много лет страдали психическим расстройством, из них 21,1% — от 1 года до 5 лет, 24,3% — от 6 до 10 лет, 22,8% — от 11 до 20 лет, 16,4% — более 20 лет. Лишь 15,8% имели длительность заболевания до 1 года. Почти у половины (47,4%) дебют заболевания произошел в подростковом и юношеском возрасте, у 12,5% первые признаки психического расстройства определялись с раннего детства, у 2,6% заболевание было врожденным. Приведенные данные говорят о раннем начале психопатологического процесса у большинства больных. Можно предположить, что дефекты в воспитании, проявление насилия к больным в детстве могли сформировать патологическую модель поведения, в которой преобладают насильственно-агрессивные подходы к решению возникающих жизненных трудностей, что в сочетании с ранним развитием психического расстройства привело в части случаев к формирова-

нию асоциальных тенденций, совершению тяжких ООД, направленных против личности.

Среди обследованных высока доля лиц (41,4%) уже имевших криминальный опыт: 16,4% больных ранее однократно привлекались к уголовной ответственности, 13,8% — 2 раза, 11,2% — 3 и более раз. Почти треть пациентов (27,6%) отбывали наказание в местах лишения свободы. Этот факт определяет большую степень их потенциальной опасности, в том числе в период проведения ПЛ, в плане возможного переноса «тюремных порядков» в отделение больницы и формирования негативно-лидерских поведенческих паттернов, направленных на нарушение режима стационара. Части больных (25,7%) в прошлом проводилась судебно-психиатрическая экспертиза, 12,5% однократно находились на ПЛ, 7,3% — 2 и более раз.

Характеристики опасного поведения, ставшего причиной настоящего направления на принудительное лечение, распределились следующим образом: почти половина пациентов (48,0%) совершили убийство, на втором месте по частоте встречаемости находились агрессивные действия против личности (23,7%), далее следовали имущественные правонарушения (10,5%). Реже встречались хулиганство (8,6%), корыстные правонарушения с насилием (5,9%), правонарушения в сексуальной сфере (4,6%). Обращает на себя внимание большое число пациентов, совершивших ООД насильственного характера.

Асоциальный образ жизни, социальная дезадаптация, многократные привлечения к уголовной ответственности обусловили значительное количество перенесенных больными экзогенных вредностей. Большую распространенность имело сочетание неоднократных травм головы с алкоголизацией (56,5%) и наркотизацией (11,8%). Зависимость от алкоголя и психоактивных веществ в сочетании с материальной необеспеченностью и беззаботностью были значимы в генезе общественной опасности обследованных пациентов, проявлением которой было описанное выше гетероагрессивное, а также аутоагрессивное поведение. На фоне тяжелого материального положения, злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами многие из них (29,6%) ранее совершали суицидальные попытки, при этом 18,4% — многократно.

Анализ клинико-психопатологической характеристики психических расстройств в период совершения ООД показал, что наиболее распространенными были галлюцинаторно-параноидный (30,3%), психоорганический (15,8%) и психопатоподобный (11,8%) синдромы.

В период настоящего обследования у значительной части пациентов отсутствовала продуктивная психопатологическая симптоматика: у 21,7% психическое состояние определялось изменениями личности вследствие шизофрении с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, у 17,8% — клиническими проявлениями деменции, у 11,8% преобладал психоорганический синдром, распространенность галлюцинаторного

и галлюцинаторно-параноидного синдромов составляла 11,2% и 9,2% соответственно. Установлено, что 26,3% больных нуждались в постороннем уходе, являлись беспомощными по психическому состоянию в силу наличия у них слабоумия либо выраженного апато-абулического дефекта. При этом 13,8% (21 больной) были признаны судом недееспособными.

Анализ результатов применения методики PANSS показал, что тяжесть продуктивной психопатологической симптоматики по шкале позитивных синдромов имела среднюю величину 18,3 баллов, тяжесть негативной симптоматики по шкале негативных синдромов была значительно выше и составляла 24,7 баллов, выраженность других психических нарушений по общей психопатологической шкале в среднем оценивалась в 39,3 баллов. По-видимому, преобладание шизофрении с непрерывным типом течения в структуре психических расстройств у обследованных больных определило трансформацию синдромальной характеристики их психического состояния за период ПЛ со сменой вектора с психотического на дефицитарный в силу выраженной прогрессивности заболевания.

По результатам применения Шкалы депрессии Бека у 32,2% пациентов с длительными сроками ПЛ определена легкая депрессия, у 20,4% — умеренная, у 13,2% — депрессия средней тяжести. Депрессивные расстройства могут быть следствием длительной госпитализации пациентов, вынужденной изоляции и утраты социальных связей при отсутствии перспектив их восстановления и определяют необходимость антидепрессивной терапии, психологической коррекции и психотерапии.

В результате анализа лечебно-реабилитационной работы установлено, что на период обследования активная психофармакотерапия проводилась 17,1%, поддерживающая — 80,9%, не проводилась — 2,0% пациентам, длительно находящимся на ПЛ. За период стационарного лечения отмечено достоверное ($p < 0,01$, сравнение показателей с помощью критерия Хи-квадрат) увеличение количества больных, получающих атипичные нейролептики: при поступлении они были назначены 5,3%, а на период обследования — 32,2%. Психотерапевтическая и психокоррекционная работа за весь период исполнения ПММХ проводилась лишь с каждым пятым (19,7%) из числа обследованных пациентов.

Особый интерес в плане оценки потенциального риска общественной опасности, достижения цели ПЛ, представляют данные о нарушениях режима стационара в период исполнения ПММХ. У 11,2% больных с длительными сроками принудительного лечения они отсутствовали за весь период пребывания в стационаре, 42,1% нарушали режим в начале (первые три года), 3,3% допустили существенные нарушения режима после 3 лет пребывания на ПЛ, а 43,4% нарушали режим на протяжении всего принудительного лечения. Большая часть пациентов (58,6%) за период

исполнения ПММХ переводились в отделение интенсивной терапии.

Оценка агрессивности с применением теста руки Вагнера была проведена 140 обследованным. Патопсихологическая диагностика с применением данной методики других пациентов (12 человек) оказалась невозможной по психическому состоянию.

Анализ полученных результатов у больных различных нозологических групп показал, что индекс агрессивности оказался выше у лиц с умственной отсталостью (табл. 1). Его величина может быть обусловлена значительными нарушениями волевого контроля поведения и критики, осмысления и принятия такими пациентами правил поведения в социуме и должна быть учтена при разработке индивидуальных программ реабилитации.

Таблица 1. Средние значения индекса агрессивности и ее среднеквадратические отклонения в различных нозологических группах больных с длительными сроками ПЛ

Группы	Индекс агрессивности	
	M	Sd
Органическое психическое расстройство	0,41	3,51
Шизофрения и бредовые расстройства	0,03	4,24
Умственная отсталость	1,10	2,51

M-среднее, SD- среднеквадратичное отклонение

В таблице 2 представлены средние значения по шкалам теста руки, а также средний суммарный индекс агрессивности в обследованной выборке.

Таблица 2. Средние значения результата теста руки Вагнера (N=140)

Тест руки Вагнера, шкалы	Индекс	Доля в структуре теста (%)
Агрессия	3,9	15,4
Указание	5,5	21,6
Страх	1,8	7,1
Эмоциональность	2,0	7,9
Коммуникация	4,0	15,7
Зависимость	1,4	5,5
Демонстративность	0,4	1,6
Увечность	1,4	5,5
Активная безличность	1,1	4,3
Пассивная безличность	2,0	7,9
Описание	1,9	7,5
Сумма	25,4	100
Средний индекс агрессивности	0,13	-

Как видно из таблицы, средний индекс агрессивности обследованных больных составляет 0,13. Проведя сравнение с тестовыми нормами, мы обнаружили, что он оказался выше, чем в нормативной выборке, но ниже, чем в асоциальных группах населения. При этом индивидуальные величины индекса агрессивности пациентов с длительными сроками пребывания на ПЛ в значительной степени варьировали. Установлены существенные различия в описании доминирующих видов агрессивного поведения, суммарного индекса агрессивности у больных, имевших агрессивные тенденции и действия на всем протяжении нахождения в стационаре и пациентов, у которых они либо вовсе отсутствовали, или агрессия проявлялась в виде экацербации гневливости в ответ на внешние конфликтные ситуации. К примеру, у 29 обследованных, находящихся в отделениях интенсивной терапии в связи с выраженными нарушениями поведения средний индекс агрессивности составил 3,9 баллов.

После подсчета индексов агрессивности в обследованной выборке были проанализированы корреляционные связи клинико-социальных характеристик пациентов, длительно находящихся на принудительном лечении, со шкалами теста руки Вагнера и суммарным индексом агрессивности. Наиболее сильные корреляционные взаимосвязи были обнаружены по параметру «нарушения режима» (табл. 3).

Таблица 3. Корреляции между клинико-социальными характеристиками обследованных больных и показателями теста руки Вагнера

Характеристика	Агрессия	Указание	Страх	Индекс агрессивности
Возраст	-0,26*	-0,31*	-0,12	-0,29*
Возраст на момент совершения настоящего ООД	-0,33*	-0,26*	-0,19*	-0,23*
Агрессия в поведении в период ПЛ (первые 3 года)	0,31*	0,27*	0,15	0,19*
Агрессия в поведении в период ПЛ (после 3 лет)	0,26*	0,12	0,09	0,14
Агрессия в поведении в период ПЛ (за последний год)	0,30*	0,27*	0,25*	0,29*
Нарушения режима исполнения ПММХ	0,38*	0,40*	0,33*	0,39*
Перевод в отделение интенсивной терапии	0,19*	0,30*	0,13	0,20*

*p<0.05

Таблица 4. Результаты однофакторного дисперсионного анализа по шкалам теста руки Вагнера для подгрупп больных с разным возрастом на период совершения ООД

Тест руки Вагнера, шкалы	Возраст на момент совершения ООД						F
	1 группа 25 лет и младше (N=37)		2 группа 26-42 лет (N=65)		3 группа старше 43 лет (N=38)		
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	
Агрессия	5,16	2,56	3,71	2,1	2,87	1,98	10,53**
Указание	7,08	3,41	5,48	3,04	4,08	2,68	9,09**
Пассивная безличность	0,95	1,51	1,95	3,38	3,08	5,32	3,14*
Индекс агрессивности	1,70	3,04	0,18	3,93	-1,5	4,39	6,49**

M- среднее; SD- среднеквадратичное отклонение; F- величина эффекта

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Установлена связь агрессивности с такими характеристиками пациентов как: молодой возраст на момент совершения ООД, проявление агрессии в отделении на протяжении длительного времени, а также многократные нарушения режима исполнения ПММХ. Чем чаще молодые пациенты нарушали внутрибольничный режим, проявляли агрессию и оказывались в отделении интенсивной терапии, тем выше был их индекс агрессивности.

При помощи метода квартильного деления вся выборка была разбита на три подгруппы, различающиеся возрастом совершения правонарушения. С помощью дисперсионного анализа они были сопоставлены между собой по шкалам теста Руки Вагнера. Оказалось, что в этих подгруппах существуют статистически значимые различия по шкалам «Агрессия», «Указание», «Пассивная безличность», а также индексу агрессивности (табл. 4).

Установлено, что эти пациенты в большей степени склонны к открытому проявлению агрессии, что определяет целесообразность их включения в психокоррекционные группы для нивелировки патологических форм поведения и выработки установок, направленных на бесконфликтное социальное взаимодействие.

Интересно, что у них также были обнаружены высокие показатели по шкале «Страх», которые характерны для лиц, воспринимающих себя в роли жертвы агрессивного поведения со стороны других людей. Можно предположить, что данные пациенты, находясь в стационарных условиях, при возникновении межличностных конфликтных ситуаций, опасаясь физической агрессии со стороны других больных, предпочтут проявить ее первыми. Возможно, частично этим объясняется высокий уровень агрессии у этой категории больных.

Пациенты старших возрастных групп, напротив, не склонны проявлять агрессию в открытом виде, чаще подавляют свои негативные переживания. Возможно, в силу снижения общего уровня активности реализация агрессивных установок напрямую у них затруднена. Так, установлено, что средний индекс агрессивности у обследо-

ванных больных, беспомощных по психическому состоянию (26,3% от общей выборки), составлял -0,56. В части случаев у них сохранялись внешние проявления агрессивного поведения, но реализация угроз была невозможна в связи с соматической ослабленностью.

К интересным фактам, подтверждающим важность оценки перенесенного в детстве насилия в качестве фактора риска общественной опасности психически больных, можно отнести установленный в настоящем исследовании высокий индекс агрессивности у лиц, подвергавшихся насилию в детском возрасте. Его величина (0,86) оказалась значительно выше среднего показателя для взрослого населения.

Специально проведенная оценка индекса агрессивности у пациентов, имевших конфликтные взаимоотношения с соседями либо родственниками, выявила незначительную его величину (-0,41), что снижает вероятность открытого агрессивного поведения, однако не исключает риска проявления вербальной агрессии.

Полученные данные подтверждают практическую значимость применения теста руки Вагнера в качестве дополнительного диагностического инструмента оценки агрессивности у лиц, находящихся на принудительном лечении, как в процессе его исполнения, так и на этапе подготовки к выписке, при решении вопроса об отмене либо продлении ПММХ.

Заключение

В ходе проведенного исследования впервые были выявлены клиничко-социальные характеристики пациентов, длительно находящихся на стационарном принудительном лечении, и особенности их агрессивного поведения.

Нозологическая структура психических расстройств у таких больных представлена в основном шизофренией с непрерывным типом течения заболевания и органическими психическими расстройствами. К их клиничко-психопатологическим

особенностям могут быть отнесены: раннее начало заболевания, наличие зависимости от алкоголя и наркотических средств, большое количество перенесенных экзогенных вредностей, трансформация ведущего синдрома за период ПЛ с психотического уровня на дефицитарный с появлением группы пациентов, беспомощных по психическому состоянию в силу наличия слабоумия либо выраженного апато-абулического дефекта. В криминологическом плане этих больных отличают насильственный характер совершенных опасных действий, высокая повторность привлечения к уголовной ответственности.

Клинико-социальными факторами, оказывающими влияние на продолжительность ПЛ, являются: частые эксацербации болезненного процесса с присоединением грубых поведенческих нарушений; сохраняющиеся агрессивные тенденции; отсутствие приверженности лечению; выраженная трудовая и семейная дезадаптация; отсутствие жилья; необходимость постороннего ухода и беспомощность по психическому состоянию при отсутствии родственных связей. Указанные признаки определяют длительные сроки нахождения пациентов в отделениях, где исполняются ПММХ.

Определение потенциальной общественной опасности больного при решении вопроса об отмене либо продлении ПММХ должно быть ком-

плексным с использованием многоосевого принципа с систематизацией факторов риска опасного поведения по нескольким основаниям — клинические, личностные, патопсихологические, социальные и адаптационные. Тест руки Вагнера может применяться в качестве дополнительного диагностического инструмента оценки агрессивности у лиц, находящихся на принудительном лечении, с целью определения потенциального риска агрессии при подготовке к выписке.

Проведенный анализ социальных, клинико-психопатологических характеристик психически больных с длительными сроками принудительного лечения ставит новую задачу проработки механизмов социальной, медицинской поддержки пациентов, беспомощных по психическому состоянию, утративших жилье и родственные связи, и дальнейшего перевода таких лиц в систему социальной защиты. Вопросы оценки качества лечебно-реабилитационной работы, сроков исполнения принудительного лечения должны системно решаться врачебными комиссиями медицинских организаций индивидуально в отношении каждого больного, при этом служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, может стать активным механизмом в реализации защиты их прав и законных интересов.

Литература

1. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. — СПб. — 2002. — 464 с.
2. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука. — 1991. — 248с.
3. Беллак Л., Эбт Л. Проективная психология: Пер. с англ. 2-е изд., сокр., испр. — М.: Психотерапия. — 2010. — 416 с.
4. Булыгина В.Г., Котова Т.А., Котова М.А. и др. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей. — М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского». — 2010. — 302 с.
5. Винникова И.Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией: терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. — М. — 2009. — 33 с.
6. Дмитриева Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 2. — С. 4–9.
7. Кондратьев Ф.В. Аспекты проблемы общественной опасности лиц с психическими расстройствами// Российский психиатрический журнал. — 2006. — №3. — С. 64–69.
8. Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией// Руководство по судебной психиатрии — М. — 2004. — Ч. V. — С. 428–507.
9. Курбатова Т. Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-тест» // Методическое руководство. — СПб, ГМНППП «ИМАТОН». — 2001. — 64 с.
10. Макушкин Е.В., Горинов В.В. Мотивационная агрессия. — Российский психиатрический журнал. — 2016. — № 2. — С. 11–19
11. Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Оценка эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных// Психическое здоровье. — 2012. — Т. 10. — № 4. — С. 3–0.
12. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 6. — С. 35–40.
13. Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Тенденции социальных и клинико-психопатологических характеристик психически больных с общественно опасным поведением// Российский психиатрический журнал. — 2014. — № 3. — С. 10–18.
14. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М. — 1995. — 226 с.
15. Морозов Г.В., Шостакович Б.В. Теоретические и методические вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных

- действий психически больных. — М. — 1987. — С. 3–24.
16. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. — М. — 2003. — 300 с.
 17. Трешутин В.А., Голдобина О.А., Щепин В.О. Тенденции психического здоровья населения крупного агропромышленного региона // Социальная гигиена, история медицины и управление здравоохранением. — 2003. — № 4. — С. 11–17.
 18. Bauer A., Rosca P., Grinshpoon A., Khawalled R., Mester R. Monitoring long-term court order psychiatric hospitalization: a pilot project in Izrael // *Med Law*. — 2006. — Vol. 25. — P. 83–99.
 19. Gordon H., Hammond S. and Veeramani R. Special care units in Special Hospital // *J Forensic Psychiatry*. — 1998. — Vol. 9. — P. 571–587.
- References:**
1. Aggression and mental health / edited by T. B. Dmitrieva, B. V. Shostakovich. — Saint Petersburg. — 2002. — 464 p.
 2. Antonjan Ju.M., Gul'dan V.V. Criminal psychopathology. — Moscow: Nauka. — 1991. — 248 p.
 3. Bellak L., EHbt L. Projective psychology: Per. from English. 2-e Izd., abbr., rev. — Moscow: Psihoterapiya. — 2010. — 416 p.
 4. Bulygina V.G., Kotova T.A., Kotova M.A. i dr. Psychodiagnostic methods of research in the practice of compulsory treatment of the mentally ill: a Guide for physicians. Moscow: FGBU «GNC SSP im. V.P. Serbskogo». — 2010. — 302 p.
 5. Vinnikova I.N. Measures of medical prevention of socially dangerous actions in patients with schizophrenia (therapeutic, rehabilitation and pharmacoeconomic aspects of compulsory treatment): Autoabstract of Diss. — Moscow. — 2009. — 33 p.
 6. Dmitrieva T.B. Problems and prospects of forensic psychiatric services in the Russian Federation. — *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. — 2006. — Vol. 2. — P. 4–9.
 7. Kondrat'ev F.V. Aspects of the problem of public danger of persons with mental disorders. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. — 2006. — Vol. 3. — P. 64–69.
 8. Kotov V.P., Maltseva M.M. [Prevention of dangerous acts of persons with mental pathology]. In: [Handbook of Forensic Psychiatry]. — Moscow. — 2004. — № 5. — P. 428–507.
 9. Kurbatova T. N., Mulyar O.I. Projective method of personality research "Hand-test": Methodological guide. — Saint Petersburg: GMNPPP «IMATON». — 2001. — 64 p.
 10. Makushkin E.V., Gorinov V.V. Motivational aggression. — *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. — 2016. — Vol. 2. — P.11–19.
 11. Makushkina O.A., Kazakovcev B.A. Evaluation of the effectiveness of prevention of socially dangerous actions of the mentally ill. — *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. — 2012. — Vol. 4. — P. 3–10.
 12. Makushkina O.A., YAhimovich L.A. Basic principles of activities of medical services in community-acquired prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. — 2012. — Vol. 6. — P. 35–40.
 13. Makushkina O.A., Simbircev A.A. Trends of social and clinical-psychopathological characteristics of mentally ill socially dangerous behavior. — *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. — 2014. — Vol. 3. — P. 10–18.
 14. Mal'ceva M.M., Kotov V.P. Dangerous actions of the mentally ill. — Moscow. — 1995. — 226 p.
 15. Morozov G.V., SHostakovich B.V. Theoretical and methodological issues of prevention of socially dangerous actions of the mentally ill. In: [Medical measures in the system of prevention of socially dangerous actions of the mentally ill]. — Moscow. — 1987. — № 3. — P. 24.
 16. Safuanov F.S. The psychology of criminal aggression. — Moscow. — 2003. — 300p.
 17. Treshutin V.A., Goldobina O.A., SHCHepin V.O. Trends mental health a major agricultural region. *Social'naya gigiena, istoriya mediciny i upravlenie zdavoohraneniem* [Social hygiene, history of medicine and health care management]. — 2003. — Vol. 4. — P. 11–17.

Сведения об авторах

Макушкина Оксана Анатольевна — доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: makushkina@serbsky.ru

Буравцов Кирилл Александрович — аспирант ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, исполняющий обязанности заведующего отделением ГКУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: rgmu-stud@yandex.ru

Дурнева Марина Юрьевна — кандидат психологических наук, медицинский психолог отделения для проведения принудительного лечения ГБУЗ «Психиатрическая больница №5» Департамента здравоохранения г. Москвы. E-mail: mkelina84@mail.ru